

Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti žiadateľa/ky

Meno a priezvisko:.....

Dátum narodenia:.....

Bydlisko:.....

Týmto potvrdzujem, že menovaný/á je / nie je* nositeľom prenosného ochorenia (ak áno, uveďte názov ochorenia) a **bola** / **nebola*** nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy vyššie uvedenou chorobou.

V....., dňa.....

.....
odlačok pečiatky a podpis lekára